



**Programas Especiales/ Inventario de aptitudes de inserción**

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Diagnostico: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Número de Tel: \_\_\_\_\_

Día completado: \_\_\_\_\_ Completado por: \_\_\_\_\_

Llene lo mejor posible este formulario. La información ayudará a servir mejor a los participantes de nuestros programas.

**Habilidades**

	<i>Necesita Asistencia Total</i>	<i>Necesita Mínima Asistencia y/o Asistencia</i>	<i>Completamente Independiente</i>	
Comer	1	2	3	4
Ir al baño	1	2	3	4
Vestirse/cambiarse de ropa	1	2	3	4
Amarrarse los zapatos	1	2	3	4
Lavar las manos	1	2	3	4
Cepillarse los dientes/peinarse	1	2	3	4
Utilizar pega/tijeras	1	2	3	4
Dibujar figuras/otras objetos	1	2	3	4
Tomar decisiones	1	2	3	4
Mantener balance	1	2	3	4
Tiene habilidades básicas (rebotar, coger, tirar una pelota)	1	2	3	4
Puede correr, saltar o brincar	1	2	3	4

Por favor, explique si necesita asistencia en algunos de los elementos que arriba mencionamos.

<u>Habilidades</u>	<i>Nunca</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Siempre</i>		
Pide ayuda cuando necesita	1	2	3	4	5
Completa proyectos/tareas	1	2	3	4	5
Juega bien con los demás	1	2	3	4	5
Espera su turno	1	2	3	4	5
Comparte con sus compañeros	1	2	3	4	5
Sigue direcciones	1	2	3	4	5



**Comentario del Personal:**

---

**Movilidad**

- Físicamente independiente
- Físicamente independiente pero puede tener problemas con terreno áspero, escaleras o rampas
- Parcialmente móvil
- Utiliza la ayuda de movilidad (que tipo \_\_\_\_\_)

**Comunicación**

- Verbalmente independiente
- Puede comunicarse verbalmente, pero a veces es difícil de entender
- Dificultad para hablar
- Usa instrumento de ayuda para comunicarse (que tipo: \_\_\_\_\_)
- Habla por señas (  conoce algunas señas básicas,  completamente fluente)
- No verbal
- Programa (  escrito  dibujos  foto  objeto)

**Receptivo** – ¿Cómo el participante recibe la información y cómo la asimila?

- Oraciones       Frases cortas       Una palabra       Lee los labios
- Señas       Gestos       Retratos       Objetos
- Lee oraciones       Lee dos a tres frases       Lee palabras simples

**Expresivo** – ¿Cómo el participante se comunica con otros y expresa información?

- Oraciones       Frases cortas       Una palabra       Por señas
- Gestos       Escrito       Retratos       Objetos

**Asuntos de Seguridad**

	<i>Necesita 1:1 supervisión</i>		<i>Entiende muy bien</i>
Entiende que no debe meterse objetos no-comestibles en la boca	1	2	3
Entiende el peligro de objetos puntiagudos o afilados y sabe utilizarlos adecuadamente	1	2	3
Entiende la seguridad cuando entra en las aguas	1	2	3
Entiende los peligros de la calle	1	2	3
Entiende la importancia de no tocar los instrumentos de seguridad, a menos que se trate de una emergencia (extinguidores de incendios, salidas de emergencia, alarmas, etc.)	1	2	3

**Comentarios del Personal:**

---

---

---



**Comportamiento**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sociable                  | <input type="checkbox"/> Quejas                | <input type="checkbox"/> Útil                     |
| <input type="checkbox"/> Cauteloso                 | <input type="checkbox"/> Retraído/tímido       | <input type="checkbox"/> Se desalienta fácilmente |
| <input type="checkbox"/> Período de atención corto | <input type="checkbox"/> Hiperactivo           | <input type="checkbox"/> Se escapa/deambula       |
| <input type="checkbox"/> Rechaza actividades       | <input type="checkbox"/> Manipulativo          | <input type="checkbox"/> Le dan rabietas          |
| <input type="checkbox"/> Golpeando a otros         | <input type="checkbox"/> Empujando a otros     | <input type="checkbox"/> Pateando a otros         |
| <input type="checkbox"/> Escupiendo                | <input type="checkbox"/> Gritando              | <input type="checkbox"/> Auto-agresivo            |
| <input type="checkbox"/> Tirando objetos           | <input type="checkbox"/> Agresivo con palabras | Otros: _____                                      |

¿Hay alguna señal que nosotros podamos detectar alguno de los comportamientos de la lista que arriba que podamos identificarlos antes de que ocurran? \_\_\_\_\_

**Técnicas a utilizar**

- Pida algo y espere que se haga
- Utilizar una voz firme
- Relaciona comandos verbales con señales visuales (ej. Señalar o dar un golpecito en la silla indicando que se sienten)
- Ofrecerle elogios o recompensa por el buen comportamiento (si hace \_\_\_\_\_ entonces tu puedes \_\_\_\_\_)
- Evitar \_\_\_\_\_ (eje. Sonidos altos),
- Advertirle antes de cambiar de una actividad a otra o una rutina ya establecida.
- Time-out (quitarle los privilegios y dejarlo en un lugar asignado quieto)

Otros: \_\_\_\_\_

**Supervisión**

¿Qué nivel de asistencia o supervisión el participante usualmente requiere?

- Puede funcionar de forma independiente en todos o casi todos los ajustes con poca supervisión
- Puede funcionar de forma independiente por períodos cortos de tiempo y pueden ser supervisados en un grupo con 1 personal y varios otros participantes el resto del tiempo
- Generalmente puede funcionar en un grupo con un supervisor y 2-3 otros participantes; necesita supervisión sólo durante actividades específicas de 1:1
- Necesita supervisión 1:1 durante todo el día
- Necesita más de un empleado con el/ella todo el día o cuando se pone inquieto o agitado.

**Comentario del Personal:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Natación**

El Participante . . .

Yes

No

Le tiene miedo al agua/no entrará en el agua voluntariamente

\_\_\_\_\_

DURHAM



1869  
CITY OF MEDICINE

**CIUDAD DE DURHAM**

*Parques y Recreacion de Durham*

101 CITY HALL PLAZA | DURHAM, NC 27701

Physical Address: 400 CLEVELAND STREET | DURHAM NC 27701

919.560.4355 | F 919.560.4021

www.durhamnc.gov



esta cómodo en aguas no profundas (hasta la cintura)	_____	_____
esta cómodo en sumergirse dentro del aguas	_____	_____
requiere salvavidas en todo tiempo	_____	_____
puede nadar independientemente sin salvavidas	_____	_____
puede nadar el largo de la piscina sin asistencia	_____	_____
necesita un ascensor hidráulico para entrar y salir del agua	_____	_____
necesita asistencia entrando y saliendo del agua	_____	_____
puede entrar y salir del agua independientemente	_____	_____
Puede tener incomodidad en los intestinos mientras esta en el agua	_____	_____
beber agua de la piscina	_____	_____
No sé cómo va a reaccionar el participante en el agua	_____	_____

Comparta cualquier información adicional que sea útil para el personal cuando esta con el participante en las aguas.

**Cosas que le gustan, disgustan y refuerzos**

Gustos

Actividades: \_\_\_\_\_

Meriendas/Comidas: \_\_\_\_\_

Juguetes/Canción/Color: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Disgustan

Actividades: \_\_\_\_\_

Meriendas/Comidas:: \_\_\_\_\_

Juguetes/Canción/Color: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Miedos/Fobias: \_\_\_\_\_

Reforzamiento

Actividades Preferidas: \_\_\_\_\_

Meriendas/Comidas: \_\_\_\_\_

Fichas/Objetos \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Programa para reforzar:

\_\_\_\_\_ Completar actividades o \_\_\_\_\_ Finalizar el periodo de \_\_\_\_\_ Al finalizar el  
tareas actividades día

\_\_\_\_\_ Fixed time interval \_\_\_\_\_ Otras: \_\_\_\_\_

**Metas para trabajar con el participante:**

DURHAM



1869  
CITY OF MEDICINE

**CIUDAD DE DURHAM**

*Parques y Recreacion de Durham*

101 CITY HALL PLAZA | DURHAM, NC 27701

Physical Address: 400 CLEVELAND STREET | DURHAM NC 27701

919.560.4355 | F 919.560.4021

www.durhamnc.gov



- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Destrezas Sociales              | <input type="checkbox"/> No toca o molesta con objetos o manos o otros niños | <input type="checkbox"/> Entiende las reglas de seguridad |
| <input type="checkbox"/> Participación en grupo          | <input type="checkbox"/> Higiene Personal                                    | <input type="checkbox"/> Expresa emociones adecuadamente  |
| <input type="checkbox"/> Destrezas de lectura            | <input type="checkbox"/> Transición  | <input type="checkbox"/> Respeta a adultos & compañeros   |
| <input type="checkbox"/> Destrezas de cómo Comunicarse   | <input type="checkbox"/> Comportamiento Inapropiado                          | Otro: _____   |
| <input type="checkbox"/> Como manejar o contar el dinero |  |   |

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Otras necesidades especiales o comentarios**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Comentarios Adicionales del Personal:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Si usted es un maestro o asistente, (no padre o encargado del participante), podemos poner en contacto con usted para obtener más información del participante, si es necesario?

Si     No

Si contesto que Si, por favor complete la información de contacto abajo descrita.

Nombre \_\_\_\_\_

Escuela/Programa \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Email (correo electrónico) \_\_\_\_\_